

Camp Verano Galicia 2018

En Miño - A Coruña
6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 de agosto de 2018

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Yo, _____

con DNI _____ como padre/madre/tutor de

D. _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Autorizo a mi hijo/a, a participar en el XXI Campus KARATE DO que organiza el Club Bunkai, los días _____ de agosto de 2018 en el Pazo de San Paio, Miño, A Coruña.

DATOS DEL PARTICIPANTE

Club al que pertenece: _____

Nº Licencia temporada 2017/18: _____

Teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: _____

Talla de camiseta: _____

Abono la cantidad de para asistir al XXI Campus de Karate Do que organiza Bunkai en concepto de reserva de plaza.

Adjunto: solo No socios

- Copia DNI participante.
- Copia tarjeta seguridad social o seguro privado.
- Copia Licencia Federativa.
- Justificante de ingreso.

Asdo.: _____
Nombre del padre/madre o tutor/a)

Camp Verano Galicia 2018

En Miño - A Coruña
6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 de agosto de 2018

Yo, _____

con DNI _____ como padre/madre/tutor de

D. _____

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD

Que mi hijo/a **SABE NADAR**, para los efectos de poder asistir a las actividades acuáticas de playa y piscina.

Autorizo al Club Bunkai a fotografiar o filmar a mi hijo/a durante el desarrollo de las actividades, con el objetivo de incorporar dichas imágenes en la memoria del XXI Campus KARATE DO de verano 2018, así como para la publicación de éstas en la web, revistas e medios de comunicación del Club Bunkai (Lei Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter persoal).

¿Sufre algún proceso alérgico? _____

¿Qué tipo de vacunas le fueron administradas? _____

¿Padece alguna enfermedad que necesite un cuidado especial? _____

¿Padece alguna enfermedad infecto contagiosa en fase activa? _____

¿Requiere tratamiento farmacológico? _____

¿Grupo sanguíneo? _____

EN CASO AFIRMATIVO, indicar claramente cual, sí requiere medicación indicar como es su administración.

Declaro bajo mi responsabilidad que los datos firmados son ciertos. Del mismo modo, autorizo las decisiones médico- quirúrgicas que fuese necesario adoptar en caso de extrema urgencia, bajo la adecuada dirección facultativa médica.

Asdo.: _____
Nombre del padre/madre o tutor/a)